

ACTA DE LA SESIÓN ORDINARIA DEL COLEGIO DE OFTALMÓLOGOS DE JALISCO
MES DE MAYO DE 2022

FECHA: 12 DE MAYO DE 2022 20:30 HRS

MODALIDAD: HIBRIDA

LA IMPORTANCIA DE LOS MIGS EN LA PRÁCTICA DEL OFTALMÓLOGO.

PONENTES: DRA. BRENDA ALEGRÍA GARCÍA, DRA. YESENIA DORANTES DIEZ

COORDINADOR: DR. JOSÉ ANTONIO PACZKA ZAPATA

La Dra. Brenda Alegría García presidenta de la Asociación de Glaucoma de Occidente agradece al Dr. Axel Orozco, presidente del colegio por la invitación a realizar la sesión mensual del Colegio en conjunto y da la bienvenida a la misma.

El Dr. Axel Orozco comenta en los asuntos varios que estar al corriente en las cuotas del Colegio da a los socios cuota preferencial en el congreso nacional de la Sociedad Mexicana de Oftalmología en Mérida. Menciona que ya se llevó a cabo la primera sesión cultural del colegio, una exposición fotográfica con música, cena y con más de 70 asistentes, e invita a asistir a las siguientes.

La Dra. Brenda Alegría García agradece a la empresa Glaukos y Zeiss por su colaboración en el taller teórico práctico y su apoyo a la AGO, presenta al coordinador de la sesión el Dr. José Antonio Paczka y dan inicio con la primera ponente la Dra. Yesenia Dorantes Diez actual vicepresidenta de la Asociación de Glaucoma de Occidente.

La Dra. Yesenia Dorantes inicia con el tema de cirugía mínimamente invasiva en glaucoma.

Menciona que la finalidad de los MIGS es disminuir el tiempo quirúrgico en glaucoma, el tiempo de recuperación postoperatoria y contar con un mejor perfil de bioseguridad comparado con las cirugías de filtración.

Comenta la clasificación de estos dispositivos en dos grandes grupos, 1) por su mecanismo de acción y 2) al sitio anatómico de acción.

Los que actúan a nivel de la malla trabecular su objetivo es disminuir la resistencia al flujo del humor acuoso en glaucomas leves a moderados y en aquellos pacientes con hipertensión ocular.

Estos dispositivos están indicados en aquellos pacientes con ángulos abiertos o en aquellos que se les haya realizado cirugía de catarata. No es recomendable en glaucomas avanzados.

Inicia mencionando el dispositivo iStent desarrollado por Glaukos, diseñado para ser implantado a través de un abordaje interno, respetando la conjuntiva y permanecer dentro del canal de Schlemm. Describe a este dispositivo como un sorel con 3 arcos de retención que ayudan a que se mantenga en su lugar y no migre, tiene 1 mm de longitud

Continúa con el iStent Inject System, comenta que es un dispositivo de segunda generación, se inserta directamente en el canal, tiene 4 entradas, cuenta con un inyector que tiene dos iStent para inserción en el ángulo nasal. Menciona como ventaja que tiene salida directa hacia el canal de Schlemm y los canales colectores, disminuye la presión intraocular menor a la presión venosa episcleral, por lo que no es recomendado en glaucomas avanzados. Comenta la técnica de inserción de estos dispositivos, idealmente posterior a la cirugía de catarata, colocando miótico y con un gonioleante quirúrgico se inserta a través de la incisión corneal al ángulo nasal colocándolo un tercio anterior de la malla trabecular en ángulo a 15 grados y así liberar el dispositivo.

Comenta que las indicaciones para este dispositivo es para pacientes con Glaucomas de ángulo abierto de leve a moderado, pacientes estables, que use de 1 a 3 medicamentos hipotensores y pacientes con buena visualización de las estructuras del ángulo. Por el contrario, comenta que aquellos pacientes que no son buenos candidatos son aquellos con rápida progresión, alteraciones a nivel del ángulo, glaucomas neovasculares o aquellos con PIO descontrolada.

Menciona al sangrado excesivo como la principal complicación intraoperatoria y al hipema y mala posición del dispositivo en las complicaciones postoperatorias. Menciona al blanqueamiento de los vasos episclerales como el signo para corroborar la adecuada posición del implante.

Otro dispositivo que menciona que actúa a nivel de la malla trabecular es el OMNI Surgical System el cual realiza dos funciones: hacer una visco dilatación del canal y hacer un corte de la malla trabecular interno.

Comenta que de preferencia un viscoelástico cohesivo utilizando un volumen total de 11 microlitros.

Menciona la técnica para su aplicación iniciando con la utilización de mióticos, incisión corneal a través de la cual se inserta la cánula hacia el ángulo y una vez ahí se perfora la malla trabecular avanzando el microcateter 180 grados en el ángulo de esta forma liberar el viscoelástico y tener un mejor acceso a los canales colectores, se retrae el microcateter y se retira, se lava la cámara anterior.

Continúa con el GATT. Trabeculotomía Transluminal Asistida por Gonioscopia cuya finalidad es restaurar el flujo mediante sistema de drenaje fisiológico, preservando la conjuntiva; está indicado en glaucoma de leve a moderado. Menciona la técnica quirúrgica iniciando con paracentesis nasal, viscoelástico, goniotomía de 2 mm en ángulo nasal, se pasa la sutura de polipropileno 5-0 avanzando 360 grados, se remueve y se coloca miótico.

Otra técnica que menciona es el Trabe tome: Trabeculectomía a-b interno, dispositivo que extrae un segmento de la malla trabecular y de la pared del canal, mejorando el flujo de salida de acuoso al canal de Schlemm y canales colectores. Consiste en una pieza de mano desechable que contiene un electrocauterio, un irrigador y un aspirador unido a un generador de energía. La técnica consiste en instilar brimonidina, se coloca en posición opuesta la cabeza del paciente al cirujano, se realiza una inserción corneal y se observa una opacidad del canal que asegura el éxito del procedimiento. Como complicación principal es el sangrado intraoperatorio o postoperatorio.

La Dra. Yesenia Dorantes continúa mencionando otro dispositivo, el Microstent Hydrus, Sistema precargado ab interno, con diseño de curvatura, que facilita su colocación en el ángulo; su mecanismo de acción es la derivación trabecular del humor acuoso y la otra es la dilatación del canal de Schlemm.

Menciona los dispositivos que actúan en el espacio subconjuntival: XEN y PRESERFLO, los cuales crean un canal entre la cámara anterior y el espacio subconjuntival, creando también una ampolla como en la cirugía filtran, cuya ventaja es que no afecta las vías de salida convencionales ni afecta la presión venosa episcleral Y como desventajas menciona la fibrosis conjuntival y la inflamación.

El implante XEN de la casa Allergan tiene una vía de drenaje ab interno, es seco rígido y se hincha con el agua. Menciona la técnica utilizando mitomicina C subconjuntival con incisión corneal inferotemporal con viscoelástico, con el inyector precargado se dirige al ángulo superonasal y por delante de la malla trabecular, y una perforación escleral.

Menciona que no hay que colocarlos en pacientes con riesgo de inflamación como aquellos muy jóvenes, piel oscura o con enfermedades inmunológicas.

Continúa la Dra. Dorantes mencionando el PERSERFLO Microshunt, menciona que es un dispositivo de tercera generación y describe la técnica quirúrgica de colocación. Comenta el hipema o mala posición en el transoperatorio y la hipotonía como principal complicación postoperatoria.

Continúa comentando los dispositivos que actúan a nivel del cuerpo ciliar, que disminuyen la presión intraocular al ir dirigidos a la destrucción del cuerpo ciliar, y comenta que con este tipo de dispositivo con energía localizada hay menor necrosis tisular y un mejor resultado hipotensor, o más control sobre el mismo, mencionando al más común que es la ciclotocoagulación transescleral con diodo, comenta que está indicado en glaucoma refractario, ojo ciego doloroso, pacientes con poca agudeza visual o en aquellos pacientes que tienen cicatrizada la conjuntiva.

También puede ser utilizado en aquellos pacientes con buena agudeza visual, pero con baja potencia.

La Dra. Brenda Alegría García inicia con su ponencia sobre la Importancia de los MIGS en la práctica del oftalmólogo. Inicia comentando la evolución de las diferentes técnicas y dispositivos en glaucoma, desde la trabeculectomía, pasando por los dispositivos valvulados hasta la cirugía mínimamente invasiva en glaucoma.



Menciona la ventaja de los MIGS, entre las que destacan la seguridad en el postquirúrgico, que la técnica tiene una curva de aprendizaje corta, el seguimiento es más fácil que con la cirugía filtrante convencional. Comenta las desventajas entre las que están que solo pueden ser realizados en ángulos abiertos, con daños leve a moderado.

Comenta varios estudios clínicos, en los que se evalúan estos dispositivos con cirugía de catarata, concluyendo que el mejor resultado es la combinación de cirugía de catarata con colocación de dos dispositivos de mínima invasión y que se realice en etapas tempranas de la enfermedad.

Menciona la Dra. Brenda Alegría una revisión bibliográfica acerca de la colocación de estos dispositivos por parte de los oftalmólogos en formación obteniendo como resultado que se sienten cómodos con los MIGS con curvas de aprendizaje menores.

Comenta el resultado de una metaanálisis en el que se concluye que todos los estudios evaluados respaldan el efecto de los dispositivos de derivación trabecular sobre la PIO y la carga de medicación durante un seguimiento de hasta 5 años.

Menciona la importancia de evaluar integralmente al paciente con glaucoma, establecer la severidad de su daño, establecer la presión intraocular meta, tomar mucho en cuenta la esperanza de vida del paciente, su apego al tratamiento y sobre todo el trabajo en equipo con otras subespecialidades oftalmológicas.

Comenta que aún con las ventajas de estos dispositivos, sus indicaciones, habrá siempre que individualizar cada caso y no dejar de lado las técnicas convencionales, las cuales no están en desuso.

La Dra. Brenda Alegría García, presenta el panel de discusión integrado por el Carlos Avalos González especialista en segmento anterior y a las doctoras Sara García y Karen Janeth Arreozola especialistas en glaucoma.

La Dra. Brenda Alegría García inicia preguntando al Dr. Carlos Avalos, ¿cuáles son los puntos para elegir un cálculo de lente en pacientes con glaucoma? El Dr. comenta que primero hay que tratar los problemas de superficie ocular y después realizar el cálculo del lente intraocular.

Comenta que en la elección del tipo de lente intraocular, mono o multifocal le realizan seguimiento de un año para lentes Premium, y si durante un año hay estabilidad pueden considerar un lente Premium.

La Dra. Sara García y la Dra. Karen Arreola comentan que para seleccionar un paciente para colocar un lente multifocal, hay que conocer bien al paciente, tipo de daño, que no haya rápida progresión y que no tengan afectada el área central del campo visual y coinciden en que no hay mayor dificultad en realizar cirugía combinada.

Cuestiona la Dra. Brenda Alegría a la mesa de discusión si en la colocación del iStent prefieren uno o dos dispositivos a lo que primero participa la Dra. Karen Arreozola a lo que responde que hay que considerar la presión intraocular meta y la presión intraocular basan del paciente tomando en cuenta que este dispositivo disminuirá un 30% la presión intraocular cada uno, pero si requiere una mayor reducción de PIO o que deseen que quede sin medicamentos.

Pregunta la Dra. Sara García el orden que prefieren los integrantes de la mesa redonda en la cirugía combinada de MIGS y cirugía de catarata, a lo que la Dra. Sara García comenta que personalmente prefiere primero la Faco y después el implante del dispositivo para glaucoma debido principalmente a que en ocasiones puede al implantarse puede generar un sangrado que pueda dificultar la visibilidad al momento de realizar la cirugía de catarata, pero que al final es por preferencia del cirujano.

El Dr. Carlos Ávalos menciona perlas para la cirugía de catarata en un paciente con glaucoma entre las que indica individualizar cada caso, en casos de cámara estrecha utilizar manitol, en caso de pobre midriasis utilizar ganchos retractores de iris, pedir conteo endotelial, utilizar botella de irrigación más baja y utilizar el menor tiempo de ultrasonido posible.

Todos los integrantes de la mesa redonda coinciden que no es necesario suspender análogo de prostaglandina en cirugía de catarata sin complicaciones.

La Dra. Sara indica sus perlas en elección de lente Premium en un paciente con glaucoma entre las que menciona que nunca operar paciente sin campos visuales de al menos 1 año de seguimiento, no daño en área macular y apoyarse en un experto de segmento anterior.

La Dra. Karen Arreozola concluye los mejores pacientes para MIGS a aquellos con ángulos abiertos, daños leves a moderados, no rápidas progresiones.

El Dr. José Antonio Paczka coordinador de la sesión vía remota agradece la participación de los ponentes, la invitación a participar en la misma. Inicia una serie de preguntas en una grabación por audio, de las cuales ya habían sido abordadas durante la misma sesión, destacando la Dra. Karen Arrebola que el estudio más largo en cuanto a implantes es a 7 años y a 7 años se mantuvo el mismo nivel de presión intraocular con la única observación que hacen en el estudio, que a partir del mes 48, la presión comenzó a subir 1 o 2 milímetros y entonces a partir de ese mes, empezaron a reintroducir de nuevo medicamentos, sin llegar nunca al mismo número de medicamentos que tenían previo a la cirugía. Entonces el seguimiento más largo en literatura son 7 años y a los 7 años se mantiene la baja tensional de iStent.

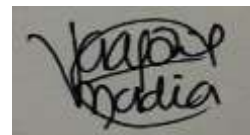
La Dra. Brenda Alegría García comenta que en base a su experiencia en MIGS esta va más enfocada a la ciclo fotocoagulación transescleral con láser micropulsado, y comenta que para ella sigue siendo una buena técnica, es ambulatoria, a mí me resulta, es la que yo más hace.

Se agradece a los integrantes de la mesa de discusión, a los ponentes y se da por terminada la sesión.

Fin de la session.



Dr. Axel Orozco Hernández
President



Dra. Nadia Vaal Gil
Secretario Anual